· 医学循证 ·

癌症疼痛患者管理指南系统评价

何雨玲[1, 2]，林梅群[2]，骆惠玉[1]，黄文婷[2]，蒋丽琴[2]，朱虹玉[1*]

1.350014 福建省福州市，福建医科大学肿瘤临床医学院 福建省肿瘤医院
2.350122 福建省福州市，福建医科大学护理学院
*通信作者：朱虹玉，主管护师；E-mail：z876902929@163.com

【摘要】 **背景** 为了提高癌症患者疼痛管理的质量，世界各地已经出版和修订了临床指南，但各癌性疼痛管理指南循证资源差距大，亟需高质量的指南系统评价弥补实践差距。**目的** 通过系统评价癌症疼痛患者管理的相关指南，分析各指南推荐意见的异同，为临床提供循证决策参考。**方法** 系统检索 PubMed、Web of science、Cochrane Library、中国知网、万方数据知识服务平台、中国生物医学文献数据库、BMJ 最佳临床实践、苏格兰校际指南网络、美国国立指南数据库、医脉通以及相关学会和行业机构网站中关于癌症疼痛患者的管理指南，检索时限为建库至 2023-10-09。由 2 名研究者根据纳入与排除标准筛选文献，并采用指南研究与评价工具（AGREE Ⅱ）对指南进行质量评价，汇总各指南在癌症患者疼痛管理的相关推荐意见。**结果** 最终纳入 7 篇指南，制定时间为 2016—2023 年，其中美国 2 篇，瑞士 2 篇、加拿大 1 篇、拉丁美洲 1 篇和日本 1 篇，指南推荐级别均为 A 级。相关推荐意见主要围绕癌症疼痛评估、药物管理、非药物管理、癌症疼痛教育 4 个方面展开。**结论** 7 篇指南的推荐意见可为我国癌症疼痛管理实践提供了新的参考依据，建议临床实践者要结合患者的具体情况，多学科合作共同探讨，以真正实现癌症疼痛管理的“5A”目标。

【关键词】 癌性疼痛；癌症疼痛管理；指南；系统评价；循证医学
【中图分类号】 R 73 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0329

Systematic Review of Guidelines for the Management of Patients with Cancer Pain

HE Yuling[1, 2]，LIN Meiqun[2]，LUO Huiyu[1]，HUANG Wenting[2]，JIANG Liqin[2]，ZHU Hongyu[1]*
1.Clinical Oncology School of Fujian Medical University/Fujian Cancer Hospital，Fuzhou 350014，China
2.School of Nursing，Fujian Medical University，Fuzhou 350122，China
**Corresponding author：ZHU Hongyu，Nurse-in-charge；E-mail：z876902929@163.com*

【Abstract】 **Background** To improve the quality of pain management in cancer patients，clinical guidelines have been published and revised around the world. Still，there are large gaps in evidence-based resources across cancer pain management guidelines，and there is an urgent need for high-quality systematic evaluation of guidelines to bridge the practice gap. **Objective** Systematically review the relevant guidelines for treating cancer pain patients，analyze the similarities and differences between the recommendations of each guide，and provide an evidence-based decision reference for clinical practice. **Methods** A systematic search of PubMed，Web of Science，Cochrane Library，CNKI，Wanfang Data，CBM，BP，SIGN，NGC，Medical Communication，and the websites of relevant societies and industry bodies for guidelines on the management of patients with cancer pain was performed. The search timeframe was from the construction of the database to October 09，2023. The literature was screened by two investigators according to the inclusion and exclusion criteria，and the guidelines were evaluated for quality using the Guideline Research and Evaluation Tool（AGREE Ⅱ）to summarise the recommendations of each guideline related to managing pain in cancer patients. **Results** Seven guidelines were ultimately included，developed for the period 2016-2023，including two from the United States，two from Switzerland，one from Canada，one from Latin America，and one from Japan，all with guideline recommendation level A. The related recommendations were mainly focused on 4 aspects：cancer pain assessment，pharmacological management，non-pharmacological management，and cancer pain education. **Conclusion** The

基金项目：福建省自然科学基金项目（2023J011241）；福建省肿瘤医院护理引领基金项目（2023YN24）
引用本文：何雨玲，林梅群，骆惠玉，等. 癌症疼痛患者管理指南系统评价［J］. 中国全科医学，2024. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0329.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
HE Y L，LIN M Q，LUO H Y，et al. Systematic review of guidelines for the management of patients with cancer pain［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］.

recommendations of the 7 guidelines can provide a new reference for the practice of cancer pain management in China. It is suggested that clinical practitioners should consider the specific conditions of patients and work with multidisciplinary cooperation to truly achieve the "5A" goal of cancer pain management.

【Key words】 Cancer pain；Cancer pain management；Guidelines；Systematic review；Evidence-based medicine

癌症是全球发病和死亡的主要原因之一。2022 年癌症新发病例为 2 000 万，死亡病例为 970 万例[1]。癌症疼痛是癌症患者常见的症状之一，在癌症的各个阶段，癌症疼痛的患病率为 43%~63%[2]。因此，癌症疼痛的治疗和管理仍然是 21 世纪亟待解决的重大卫生问题。WHO 提出癌症疼痛管理旨在将疼痛减轻到患者可接受的生活质量水平，因为不良的疼痛管理会严重影响患者的生理、心理和社会健康以及整体生活质量。为了提高癌症患者疼痛管理的质量，世界各地已经出版和修订了临床指南，但各癌性疼痛管理指南循证资源差距大，亟需高质量的指南系统评价弥补实践差距。因此，本研究采用临床指南研究与评价的质量评估工具（Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation Ⅱ，AGREE Ⅱ）[3]，对癌症疼痛管理的相关指南进行评价，并综合各指南中癌症疼痛管理的相关推荐意见，以期为我国癌症病人的疼痛管理提供参考依据。

1 资料与方法

1.1 文献检索策略

系统检索国内外指南相关数据库，包括 PubMed、Web of science、Cochrane Library、中国知网、万方数据知识服务平台、中国生物医学文献数据库、BMJ 最佳临床实践、苏格兰校际指南网络、美国国立指南数据库、医脉通以及相关学会和行业机构网站，英文检索关键词为：cancer pain/ cancerous pain/ the pain of tumor/ cancer ache/neoplastic pain/ refractory cancer pain/ symptom cluster/syndromes/cluster，symptom/clusters，symptom/ symptom clusters/management/disease managements/disease management/pain management/pain managements。中文检索词为：癌性疼痛 / 肿瘤性疼痛 / 癌症疼痛 / 晚期癌症疼痛 / 难治性癌症疼痛 / 症状群集 / 症状群 / 管理 / 症状管理。检索时限为建库至 2023-10-09。

1.2 文献纳入与排除标准

纳入标准：指南需明确涉及癌症患者的疼痛管理；指南版本需为最新发布；其语言应为中文或英文表达。排除标准：直接翻译或内容重复的指南；无法获取完整文本的指南；指南的解读、摘要或准则性文件。

1.3 文献的筛选与资料提取

2 名经过循证方法学培训的研究员分别独立开展工作，严格遵循预设的纳入与排除准则，并在过程中实施交叉核对。若在此过程中出现任何分歧，将交由第 3 名研究员进行最终的裁定与决策。提取内容包括：（1）指南基本特征：指南名称、地区 / 国家、发布机构、发布 / 更新年份、指南类型、作者数、页数、适用人群、参考文献数。（2）质量评价指标：指南范围和目的、参与人员、严谨性、清晰性、应用性和独立性。（3）癌症疼痛患者管理的相关推荐意见。整个工作旨在保证准确性和可信度。

1.4 指南的质量评价

文献均采用 AGREE Ⅱ进行质量评价。评价内容包括范围和目的、参与人员、严谨性、清晰性、应用型和独立性 6 个领域、23 个条目。每个条目按 7 分制进行评价，质量最低计 1 分，质量最高计 7 分[4]。计算方法：某个领域的标准化得分（%）=（实际评分 - 最低评分）/（最高评分 - 最低评分）× 100%[5]，分值越高表明该指南制定方法和报道的完整度越好。采用 6 个领域的标准化百分比以及各条目评分全面评估指南的质量并确定其推荐等级。评估结果分为以下 3 个等级，A 级：若指南在 4 个或更多领域内的得分达到或超过 70%，则该指南被直接视为高质量，强烈推荐使用。B 级：若指南在至少 3 个领域内得分达到或超过 30%，但得分达到或超过 70% 的领域数少于 4 个，则该指南需经过一定程度的修订或完善后方可推荐。C 级：若指南在少于 3 个领域内的得分达到或超过 30%，则该指南暂不被推荐，需进一步改进或完善[6-9]。这种方法通过量化评分来确定指南的推荐程度，确保了评价的客观性和一致性。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 26.0 软件进行统计学分析。2 名评价员采用组间相关系数（intraclass correlation coefficient，ICC）[10-11] 评估指南质量的一致性，ICC 为 0~1，ICC<0.40 表示一致性差，0.40~0.75 表示一致性一般，>0.75 表示一致性高。

2 结果

2.1 文献检索结果

初检获得文献 1839 篇，其中中文 235 篇，英文 1604 篇，剔除重复文献 34 篇，排除与研究主题不相关的文献 347 篇，阅读文题及摘要初步获得文献 102 篇，经阅读全文排除与研究主题不符的文献 95 篇，最终获得文献 7 篇[2，12-15]。

2.2 纳入指南的基本特征

本研究纳入的 7 篇临床指南分别来自美国、加拿大、

瑞士、日本、拉丁美洲。指南页数为 12~144 页，参考文献最多为 408 条，有 1 篇指南未列出作者。纳入指南的基本特征见表 1。

2.3 纳入指南的质量评价结果

7 篇指南质量均被评价为 A 级，具体评价结果见表 2。

2.4 指南评价的一致性检验

本研究中 2 名评价员对所有指南的评价结果的一致性均 >0.75，表明评价员之间评分结果的一致性较好，见表 3。

2.5 主要推荐意见汇总

癌症疼痛患者管理指南的推荐意见主要包括癌症疼痛评估、药物管理、非药物管理及癌症疼痛教育，不同指南的推荐意见见表 4。

3 讨论

3.1 指南总体质量情况

本研究共计纳入 7 篇临床指南，其中美国 2 篇，瑞士 2 篇、加拿大 1 篇、拉丁美洲 1 篇和日本 1 篇。在 AGREE II 框架下各领域的标准化得分如下：范围和目

表 1 纳入指南的基本特征

Table 1 Basic characteristics of included guidelines

序号	指南名称	地区 / 国家	发布机构	发布 / 更新年份	指南类型	作者（个）	页数（页）	适用人群	参考文献（条）
1	临床实践指南：成人癌痛（V2）[14]	美国	NCCN	2023 年	循证	36	119	成人	408
2	CCO 指南：癌症疼痛管理和 / 或姑息治疗	加拿大	CCO	2017 年	循证	5	126	成人	315
3	WHO 指南：成人和青少年癌痛的药物治疗和放射治疗管理	瑞士	WHO	2018 年	循证	不清楚	144	成人及青少年	197
4	临床指南：癌痛的药物治疗建议[15]	日本	JSPM	2022 年	循证	5	20	成人及儿童	301
5	临床实践指南：成年患者癌性疼痛的管理[13]	瑞士	ESMO	2018 年	循证	7	26	成人	179
6	指南：拉丁美洲癌症疼痛管理[2]	拉丁美洲	INCMNSZ	2017 年	循证	9	12	成人及儿童	55
7	临床实践指南：成人癌症幸存者慢性疼痛的管理[12]	美国	ASCO	2016 年	循证	16	23	成人	114

注：NCCN= 美国国立综合癌症网络，CCO= 加拿大安大略癌症治疗中心，WHO= 世界卫生组织，JSPM= 日本姑息医学学会，ESMO= 欧洲肿瘤内科学会，INCMNSZ= 墨西哥卫生部的国立卫生研究院之一，ASCO= 美国临床肿瘤学会。

表 2 纳入指南的质量评价结果

Table 2 Results of quality evaluation of included guidelines

纳入指南	指南各领域标准化评分（%）						标准化评分≥ 70% 领域（个）	标准化评分≥ 30% 领域（个）	推荐级别
	范围和目的	参与人员	严谨性	清晰性	应用性	独立性			
临床实践指南：成人癌症疼痛（V2）	91.67	75.00	91.67	86.11	91.67	79.17	6	6	A
CCO 指南：癌症疼痛管理和 / 或姑息治疗	97.22	94.44	93.75	83.33	85.42	83.33	6	6	A
WHO 指南：成人和青少年癌症疼痛的药物治疗和放射治疗管理	100.00	100.00	94.79	94.44	100.00	95.83	6	6	A
临床指南：癌症疼痛的药物治疗建议	94.44	94.44	94.79	94.44	85.42	95.83	6	6	A
临床实践指南：成年患者癌性疼痛的管理	100.00	94.44	93.75	97.22	91.67	100.00	6	6	A
指南：拉丁美洲癌症疼痛管理	91.67	88.89	91.67	88.89	95.83	100.00	6	6	A
临床实践指南：成人癌症幸存者慢性疼痛的管理	97.22	94.44	95.83	97.22	83.33	91.67	6	6	A
均值	96.03	91.66	93.75	91.66	90.48	92.26			

表 3 一致性检验结果

Table 3 Consistency test results

纳入指南	ICC	95%*CI*	*F* 值	*P* 值
1 临床实践指南：成人癌症疼痛（V2）	0.756	0.425~0.897	1.026	<0.001
2 CCO 指南：癌症疼痛管理和 / 或姑息治疗	0.761	0.437~0.899	1.449	<0.001
3 WHO 指南：成人和青少年癌症疼痛的药物治疗和放射治疗管理	0.880	0.717~0.949	2.667	<0.001
4 临床指南：癌症疼痛的药物治疗建议	0.880	0.717~0.949	1.323	<0.001
5 临床实践指南：成年患者癌性疼痛的管理	0.963	0.912~0.984	1.067	<0.001
6 指南：拉丁美洲癌症疼痛管理	0.868	0.690~0.944	1.047	<0.001
7 临床实践指南：成人癌症幸存者慢性疼痛的管理	0.908	0.784~0.961	1.083	<0.001



表 4 癌症疼痛患者管理相关推荐意见汇总

Table 4 Summary of recommendations for management of cancer pain patients

项目	推荐意见	来源
1. 癌症疼痛评估	1.1 考虑和评估患者痛苦的所有组成部分，包括社会心理因素（如患者痛苦、家庭/照护者和其他支持、精神病史、癌症疼痛治疗不足的危险因素）。	ESMO、NCCN
	1.2 患者和家属/照顾者参与癌症疼痛评估和管理的各个方面。	ASCO
	1.3 全面评估癌症疼痛：包括患者的个人情况（年龄、合并症、功能、既往药物暴露（如阿片类药物和多种药物）以及疼痛的类型、强度和潜在的临床病程等。	INCMNSZ、ASCO、NCCN、WHO
	1.4 定期评估和再评估：在每次就诊时/在每次接触患者时重新评估癌症疼痛，应使用定量或半定量工具以及最严重的疼痛问题，定期且一致地评估癌症疼痛强度和治疗效果。	ASCO、NCCN、WHO、ESMO
	1.5 对于伴有认知障碍或无法表达自己癌症疼痛的患者，观察癌症疼痛相关行为和不适进行癌症疼痛评估。	ESMO
	1.6 评估药物治疗的不良反应风险，包括用于癌症疼痛管理的阿片类药物、辅助镇痛药和非阿片类药物。	ASCO
	1.7 定期评估患者与阿片类药物滥用/转移相关的危险因素。	NCCN、WHO
	1.8 在开始缓解癌症疼痛之前对患者进行全面的癌症疼痛评估，并根据评估调整药物和剂量的选择。	WHO
2. 药物管理	2.1 镇痛治疗从与疼痛严重程度相适应的 WHO 镇痛阶梯所指示的药物开始，但它不能取代个体化给药。	ESMO、WHO
	2.2 在给药阿片类药物时，应优先考虑口服途径，如果口服或透皮途径不可行，皮下注射是优于肌肉注射的替代方案。	INCMNSZ、ESMO、NCCN
	2.3 乙酰氨基酚和非甾体抗炎药推荐用于轻度癌症疼痛患者；强效阿片类药物推荐用于中度或重度癌症疼痛患者，口服吗啡作为首选阿片类药物推荐用于中度或重度癌症疼痛患者。	JSPM、ESMO、NCCN、WHO
	2.4 阿片类药物可以轮换使用以改善镇痛和/或减少不良反应。	INCMNSZ、JSPM、WHO
	2.5 根据不同患者的癌症疼痛诊断、合并症、安全性、潜在的药物相互作用、癌症疼痛的预测轨迹、药物可用性和费用/经济毒性，选择最合适的药物镇痛方案。	NCCN、WHO
	2.6 经黏膜芬太尼制剂推荐用于突破性癌症疼痛患者。	JSPM、ESMO、WHO
	2.7 阿片类药物常见不良反应的处理：恶心通常只出现在治疗开始时，并且是短暂的，因此止吐药只应在绝对必要的情况下使用；便秘可以通过饮食干预、补水和泻药来控制。	INCMNSZ、JSPM、ESMO、NCCN
	2.8 适当的阿片类药物剂量是在整个给药间隔内减轻患者癌症疼痛并使功能最大化的最低剂量，且不会引起难以控制的不良反应；对于存在肾功能不全、肝功能不全、慢性肺部疾病、上呼吸道损伤、睡眠呼吸障碍或体能状况不佳等风险因素的患者，药物剂量的确定和调整需要特别审慎。	NCCN、WHO
	2.9 抗抑郁药和抗惊厥药应作为辅助性镇痛药，与阿片类药物联合使用，用于治疗癌症患者的神经性疼痛。	ESMO、NCCN、WHO
	2.10 除了常规镇痛药外，还应准备患者抢救镇痛药物，抢救剂量为常规 4 h 剂量的 50%~100%，建议准备速释阿片类药物。	WHO
	2.11 阿片类药物与具有镇静作用的其他药物（如苯二氮䓬类药物）联用时要谨慎，会增加患者镇静和呼吸抑制的风险。	NCCN
	2.12 如果患者在治疗癌症疼痛过程中对阿片类药物产生了身体依赖，则应逐渐减少阿片类药物的剂量，以避免戒断症状。	WHO
	2.13 建议骨转移的成人（包括老年人）和青少年，应使用双膦酸盐来预防和治疗骨痛。	WHO
	2.14 对于部分患者，有条件地建议使用患者自控镇痛（patient controlled analgesia，PCA）持续皮下或静脉注射阿片类药物。在住院期间，当需要快速治疗爆发痛且患者完全了解如何使用 PCA 时，可考虑使用 PCA；在医疗机构之外，当医生和护士不能按患者或家属的要求立即进行推注时，可考虑使用。	JSPM
	2.15 对于即将死亡的严重难治性癌症疼痛患者，考虑姑息性镇静。	NCCN
3. 非药物管理	3.1 护士应基于患者癌症疼痛的病因和特征、癌症疼痛轨迹、以及临床状况构建以患者为中心的护理目标，将癌症疼痛管理作为癌症护理的一部分。	NCCN、WHO
	3.2 评估患者和家属/照顾者对疼痛的情绪反应，并向患者和家属/照顾者提供情感支持，寻求患者及其家属/照顾者的合作共同管理癌症疼痛问题。	NCCN
	3.3 护士开展定期随访，以监测患者镇痛治疗的结局，包括不良反应；当患者阿片类药物治疗剂量开始显著调整时，应考虑进行密切随访。	NCCN
	3.4 为患者及其家属提供支持性和文化上相契合的心理护理，以满足他们的心理需求。	WHO
	3.5 癌症疼痛包括身体、社会心理和精神维度，因此癌症疼痛的治疗本质上需要整合包括非药物干预在内的治疗，可通过非药物疗法的认知行为干预、社会心理干预、精神干预、物理干预、介入治疗、营养干预缓解患者癌症疼痛或改善功能。	NCCN
	3.6 在控制患者癌症疼痛的同时，还需要控制其他可能出现的并发症状（如焦虑、便秘、恶心、疲劳、失眠、抑郁），对这些症状的处理可能有助于癌症疼痛的控制。	NCCN
	3.7 根据临床情况和护理目标不断调整患者镇痛治疗的方案；患者、家属和医护人员之间保持良好沟通是镇痛治疗决策过程的关键组成部分。	NCCN
	3.8 经药物治疗难以控制的骨转移癌症疼痛患者由临床肿瘤科医师进行评估，以考虑放射治疗，推荐使用 8Gy/1f 单次剂量骨病灶放疗。	ESMO、WHO
4. 癌症疼痛教育	4.1 告知患者和家属/照顾者长期使用阿片类药物治疗的益处和风险，以及如何安全储存、使用和处置管制药物。	ASCO、ESMO、NCCN
	4.2 教授患者应对急性/慢性癌症疼痛的技巧，以缓解癌症疼痛。	NCCN
	4.3 强调治疗的试错性和长期性，避免患者对治疗失去信心。	NCCN
	4.4 指导患者以下事项的重要性：遵循镇痛计划安排门诊就诊时间；如果癌症疼痛恶化或不良反应没有得到充分控制，请及时与医护人员联系；使用癌症疼痛日记，记录服药剂量和/或片剂数量以及服药日期和时间，以促进与医护人员之间的沟通。	NCCN
	4.5 告知患者和家属/照顾者完整的镇痛药物治疗方案，包括药物名称、使用原因、剂量和给药间隔以及所服用的每种药物可能产生的副作用。	WHO

的 96.03%、参与人员 91.66%、严谨性 93.75%、清晰性 91.66%、应用性 90.48% 和独立性 92.26%，最终 7 篇指南均获得 A 级推荐。

3.2 癌症疼痛评估

癌症疼痛的评估通常是癌症患者疼痛管理的第一步。目前国内外最常用的疼痛评估工具主要为单维度疼痛量表[9]，包括视觉模拟评分法（Visual Analogue Scale，VAS）[16]、口头评分法（Verbal Rating Scale，VRS）[17]和数字评定法（Numerical Rating Scale，NRS）[18]。在评估内容上，国内外学者一致认为疼痛需要更全面和详细的评估，由于癌症患者的社会心理困扰可能有所不同，并且通常难以深入理解，因此由包括心理学家和 / 或社会工作者在内的跨学科团队进行评估至关重要[19]。研究表明，癌症疼痛患者通常会出现一系列症状，包括呼吸困难、焦虑和睡眠障碍等，因此疼痛评估还应包括已知症状集群内的所有症状[13]。此外，医护人员在进行全面的疼痛评估时还应纳入患者的文化价值观，即使患者的面部表情似乎反映出剧烈疼痛，他们也可能因为受教育程度或信仰原因认为疼痛应该忍受而报告较低的疼痛评分。

3.3 药物管理

药物干预是癌症疼痛管理的支柱。指南中关于癌症患者疼痛药物处理的建议基本一致，旨在将疼痛减轻到患者可接受的生活质量水平[20]，主要以口服阿片类药物为主，遵循 WHO 镇痛给药阶梯的同时提倡个体化给药[21]。吗啡、氢吗啡酮和芬太尼等阿片类药物是最常用的止痛药物。证据表明[22]，它们能有效控制疼痛。但是，当出现副作用时，可能需要轮换使用其他阿片类药物，以帮助缓解不受控制的疼痛或帮助治疗阿片类药物诱导的神经毒性[23]。约 30% 的阿片类药物癌症患者将接受阿片类药物轮换[23]。由于阿片类药物有许多不良反应，例如恶心、便秘和其他社会问题。因此，寻求新的药物来治疗癌症疼痛至关重要。JI 等[24]研究探讨以中医理论为基础，通过中草药来减轻癌症疼痛，为临床提供了一种管理癌症疼痛的新思路。

3.4 非药物镇痛

非药物镇痛是综合护理计划的重要组成部分[25]。各指南对癌症疼痛管理的非药物镇痛措施有一定差异，其中应向病人及家属 / 照顾者提供支持性和文化上相契合的心理干预是较为公认的方法[26]。研究表明[27]，在癌症的不同阶段，心理干预对疼痛严重程度和疼痛干扰的影响较小，但效果显著，尤其是对乳腺癌患者[28]。认知行为疗法、催眠[29]和意象放松[30]等被证实是癌症患者疼痛管理中有效的心理干预措施[30]，但这些研究存在局限性包括样本量小和试验设计缺乏严谨性。由于技术进步，虚拟现实作为一种未来的治疗方法正受到越来越多的关注，使用虚拟现实技术可以提高患者的整体健康水平，但关于其在癌症患者疼痛管理方面的证据尚无定论[31, 32]。总体而言，需要更多的研究来探索非药物镇痛疗法的整体疗效[33]。

3.5 癌症疼痛教育

临床指南推荐患者及家属 / 照顾者教育作为癌症患者疼痛管理的重要内容之一[34]。患者教育已被证明可以提高正确使用、储存和处置阿片类药物的知识，同时改变行为和使用模式[35]。所有接受阿片类药物的患者应接受有关阿片类药物治疗的益处和风险、替代选择、阿片类药物副作用以及误用和成瘾的意外风险的教育。此外，传授患者超越知识的赋能策略，以增强患者治疗疼痛的信心，包括为患者提供癌症疼痛日记、获得电话护理和个人疼痛管理计划等[36]。

3.6 癌症疼痛患者管理指南的不足和改进建议

（1）证据基础不充分：部分指南基于有限的证据制定，导致推荐意见证据不足。建议加强临床试验和研究，以提供更坚实的证据基础。（2）个性化治疗不足：部分指南没有充分考虑到患者的个体差异，如年龄、性别、疾病阶段等。建议发展个性化或精准医疗策略，以适应不同患者的需求。（3）实施难度：部分指南过于理论化，缺乏对实际操作的指导。建议提供具体的实施策略和工具，帮助医护人员更好地应用指南。（4）监测和评估机制缺乏：缺乏对指南实施效果的监测和评估。建议建立监测系统，定期评估指南的实施效果，并根据反馈进行调整。

4 小结

本研究纳入的指南总体质量较高，是在循证医学基础上探索癌症病人的疼痛管理，7 篇指南均来自国外。近年来，癌症的疼痛管理得到广泛关注，通过全国范围内建设癌痛规范化治疗示范病房、发布《癌症疼痛诊疗规范（2018 年版）》等手段，我国癌症疼痛管理已经得取得了很大的进步，但关于其循证医学内容的研究和实践仍然存在较大的空白，而本研究的循证实践指南将为我国癌症疼痛管理实践提供新的参考依据[37]。但由于国外与我国国情、文化价值、人口学特征等存在差异性，因此，建议临床实践者要结合患者的具体情况，多学科合作共同探讨，以真正实现癌症疼痛管理的“5A”目标［1A 镇痛（Analgesia）：优化镇痛；2A 活动（Adverse effects）：优化日常生活活动；3A 不良反应（Activities）：尽量减少不良事件；4A 异常行为（Aberrant behaviour）：监测异常使用药物行为；5A 情感（Affect）：优化癌症疼痛和情绪之间的关系］[38]。

作者贡献：何雨玲负责数据收集整理、选题、文章撰写；黄文婷、蒋丽琴负责数据的收集与整理、统计学

处理指导；骆惠玉、朱虹玉负责论文思路、框架的把握，对整体文章负责；林梅群负责论文最终版本审阅修订。

本文无利益冲突。

参考文献

[1] BRAY F，LAVERSANNE M，SUNG H，et al. Global cancer statistics 2022：GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [J]. CA Cancer J Clin，2024，74（3）：229-263. DOI：10.3322/caac.21834.

[2] LARA-SOLARES A，AHUMADA OLEA M，BASANTES PINOS A L Á，et al. Latin-American guidelines for cancer pain management [J]. Pain Manag，2017，7（4）：287-298. DOI：10.2217/pmt-2017-0006.

[3] DANS A L，DANS L F. Appraising a tool for guideline appraisal（the AGREE II instrument）[J]. J Clin Epidemiol，2010，63（12）：1281-1282. DOI：10.1016/j.jclinepi.2010.06.005.

[4] 李紫梦，靳英辉，王云云，等. 非药物干预治疗轻度认知功能障碍病人的证据总结与评价（五）[J]. 循证护理，2019，5（9）：784-791. DOI：10.12102/j.issn.2095-8668.2019.09.003.

[5] REN W H，CHEN M Y，QIAO Y L，et al. Global guidelines for breast cancer screening：a systematic review [J]. Breast，2022，64：85-99. DOI：10.1016/j.breast.2022.04.003.

[6] 曾嵘，李瑞哲，付怡雯，等. 狼疮性肾炎临床指南和共识的方法学质量评价 [J]. 中国循证医学杂志，2022，22（1）：103-110.

[7] 杨龙飞，齐敬晗，刘佳琳，等. 压力性损伤预防和治疗循证指南的意见总结 [J]. 护理研究，2022，36（6）：1008-1015. DOI：10.12102/j.issn.1009-6493.2022.06.012.

[8] 史平，吴白女，黄培培. 危重症患者肠内营养并发胃残余处理方式的指南系统评价 [J]. 解放军护理杂志，2019，36（12）：32-36. DOI：10.3969/j.issn.1008-9993.2019.12.009.

[9] 冯丹，陈萍，刘行，等. 安宁疗护疼痛管理指南的系统评价 [J]. 护理研究，2021，35（1）：48-54. DOI：10.12102/j.issn.1009-6493.2021.01.009.

[10] 乔舰. 组内相关系数的理论基础及建模应用 [J]. 统计与信息论坛，2016，31：44-48.

[11] GRIEP R H，OLIVEIRA F E G，AGUIAR O B，et al. Cross-cultural adaptation of discrimination and vigilance scales in ELSA-Brasil [J]. Rev Saude Publica，2023，56：110. DOI：10.11606/s1518-8787.2022056004278.

[12] PAICE J A，PORTENOY R，LACCHETTI C，et al. Management of chronic pain in survivors of adult cancers：American society of clinical oncology clinical practice guideline [J]. J Clin Oncol，2016，34（27）：3325-3345. DOI：10.1200/JCO.2016.68.5206.

[13] FALLON M，GIUSTI R，AIELLI F，et al. Management of cancer pain in adult patients：ESMO Clinical Practice Guidelines [J]. Ann Oncol，2018，29（Suppl 4）：iv166-iv191. DOI：10.1093/annonc/mdy152.

[14] SWARM R A，PAICE J A，ANGHELESCU D L，et al. Adult cancer pain，version 3.2019，NCCN clinical practice guidelines in oncology [J]. J Natl Compr Canc Netw，2019，17（8）：977-1007. DOI：10.6004/jnccn.2019.0038.

[15] MAWATARI H，SHINJO T，MORITA T，et al. Revision of pharmacological treatment recommendations for cancer pain：clinical guidelines from the Japanese society of palliative medicine [J]. J Palliat Med，2022，25（7）：1095-1114. DOI：10.1089/jpm.2021.0438.

[16] ÅSTRÖM M，THET LWIN Z M，TENI F S，et al. Use of the visual analogue scale for health state valuation：a scoping review [J]. Qual Life Res，2023，32（10）：2719-2729. DOI：10.1007/s11136-023-03411-3.

[17] 李春蕊，张雯，樊碧发. 数字评分法（NRS）与口述评分法（VRS）在老年慢性疼痛患者中的比较 [J]. 中国疼痛医学杂志，2016，22（9）：683-686. DOI：10.3969/j.issn.1006-9852.2016.09.010.

[18] SAFIKHANI S，GRIES K S，TRUDEAU J J，et al. Response scale selection in adult pain measures：results from a literature review [J]. J Patient Rep Outcomes，2017，2：40. DOI：10.1186/s41687-018-0053-6.

[19] DALAL S，BRUERA E. Pain management for patients with advanced cancer in the opioid epidemic era [J]. Am Soc Clin Oncol Educ Book，2019，39：24-35. DOI：10.1200/EDBK_100020.

[20] 许丽媛，樊碧发，李京，等. 应用阿片类药物癌痛病人的生活质量调查分析 [J]. 中国疼痛医学杂志，2018，24（7）：522-527.

[21] 余佳文，王瑾，刘红菊，等. 成人慢性癌症相关性疼痛治疗与管理 [J]. 协和医学杂志，2024，15（4）：764-770.

[22] BRANT J M. The assessment and management of acute and chronic cancer pain syndromes [J]. Semin Oncol Nurs，2022，38（1）：151248. DOI：10.1016/j.soncn.2022.151248.

[23] REDDY A，YENNURAJALINGAM S，PULIVARTHI K，et al. Frequency，outcome，and predictors of success within 6 weeks of an opioid rotation among outpatients with cancer receiving strong opioids [J]. Oncologist，2013，18（2）：212-220. DOI：10.1634/theoncologist.2012-0269.

[24] JI J F，GUO J X，CHI Y L，et al. Cancer pain management with traditional Chinese medicine：current status and future perspectives [J]. Am J Chin Med，2024，52（1）：123-135. DOI：10.1142/S0192415 $\chi^2$4500058.

[25] CHANDLER III G，ROJAS A M，WORTS P R，et al. Utilizing multidisciplinary medicine in pain management：a narrative review [J]. Pain Physician，2021，24（5）：369-378.

[26] COHEN S P，VASE L，HOOTEN W M. Chronic pain：an update on burden，best practices，and new advances [J]. Lancet，2021，397（10289）：2082-2097. DOI：10.1016/S0140-6736（21）00393-7.

[27] SHEINFELD GORIN S，KREBS P，BADR H，et al. Meta-analysis of psychosocial interventions to reduce pain in patients with cancer [J]. J Clin Oncol，2012，30（5）：539-547. DOI：10.1200/JCO.2011.37.0437.

[28] JOHANNSEN M，FARVER I，BECK N，et al. The efficacy of psychosocial intervention for pain in breast cancer patients and survivors：a systematic review and meta-analysis [J]. Breast Cancer Res Treat，2013，138（3）：675-690. DOI：10.1007/s10549-013-2503-4.

[29] MONTGOMERY G H, SCHNUR J B, KRAVITS K. Hypnosis for cancer care: over 200 years young [J]. CA Cancer J Clin, 2013, 63(1): 31-44. DOI: 10.3322/caac.21165.
[30] SYRJALA K L, JENSEN M P, MENDOZA M E, et al. Psychological and behavioral approaches to cancer pain management [J]. J Clin Oncol, 2014, 32(16): 1703-1711. DOI: 10.1200/JCO.2013.54.4825.
[31] HUANG Q R, LIN J Q, HAN R, et al. Using virtual reality exposure therapy in pain management: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [J]. Value Health, 2022, 25(2): 288-301. DOI: 10.1016/j.jval.2021.04.1285.
[32] CHOW H, HON J, CHUA W, et al. Effect of virtual reality therapy in reducing pain and anxiety for cancer-related medical procedures: a systematic narrative review [J]. J Pain Symptom Manage, 2021, 61(2): 384-394. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.08.016.
[33] ARTHUR J, BRUERA E. Balancing opioid analgesia with the risk of nonmedical opioid use in patients with cancer [J]. Nat Rev Clin Oncol, 2019, 16(4): 213-226. DOI: 10.1038/s41571-018-0143-7.
[34] PAICE J A, BOHLKE K, BARTON D, et al. Use of opioids for adults with pain from cancer or cancer treatment: ASCO guideline [J]. J Clin Oncol, 2023, 41(4): 914-930. DOI: 10.1200/JCO.22.02198.
[35] MCCAULEY J L, BACK S E, BRADY K T. Pilot of a brief, web-based educational intervention targeting safe storage and disposal of prescription opioids [J]. Addict Behav, 2013, 38(6): 2230-2235. DOI: 10.1016/j.addbeh.2013.01.019.
[36] MARIE N, LUCKETT T, DAVIDSON P M, et al. Optimal patient education for cancer pain: a systematic review and theory-based meta-analysis [J]. Support Care Cancer, 2013, 21(12): 3529-3537. DOI: 10.1007/s00520-013-1995-0.
[37] 袁芳，邓婵，徐娟，等. 肿瘤科疼痛管理循证实践现状及影响因素分析[J]. 中华肿瘤防治杂志，2020，27(23)：1931-1936. DOI：10.16073/j.cnki.cjcpt.2020.23.12.
[38] 段丽珍，陈建平，郭耀耀，等. 基于“5A”目标的药物滴定护理在癌性爆发痛中的应用[J]. 护理研究，2023，37(14)：2640-2642.

（收稿日期：2024-06-10；修回日期：2024-08-30）
（本文编辑：毛亚敏）